

## 佛山科学技术学院 2024 年研究生复试体格检查表

报考学院:

报考专业:

体检日期

月

日

|      |          |    |  |      |   |   |   |                                   |
|------|----------|----|--|------|---|---|---|-----------------------------------|
| 姓名   |          | 性别 |  | 出生   | 年 | 月 | 日 | 一寸半身正面<br>免冠照片<br><br>体检单位<br>骑缝章 |
| 文化程度 |          | 民族 |  | 职业   |   | 婚 | 否 |                                   |
| 籍贯   | 考生本人通讯地址 |    |  |      |   |   |   |                                   |
| 毕业学校 |          |    |  | 联系电话 |   |   |   |                                   |
| 既往病史 |          |    |  |      |   |   |   |                                   |

(以上由考生本人如实填写)

|     |     |      |   |    |      |                                 |       |  |  |
|-----|-----|------|---|----|------|---------------------------------|-------|--|--|
| 五官科 | 眼   | 裸眼视力 | 右 |    | 矫正视力 | 右                               | 矫正度数: | 医师意见<br>(签字)<br><br>1. 眼科<br><br>2. 耳鼻喉科<br><br>3. 口腔科 |  |
|     |     |      | 左 |    |      | 左                               | 矫正度数: |  |  |
|     |     | 其他眼病 |   |    | 色觉检查 | 彩色图案及编码:<br>单颜色识别:<br>红、绿、紫、兰、黄 |       |  |  |
|     | 耳   | 听力   | 右 | 米  | 耳疾   |                                 |       |  |  |
|     |     |      | 左 | 米  |      |                                 |       |  |  |
|     | 鼻   | 嗅觉   |   |    |      | 鼻及鼻窦疾病                          |       |  |  |
|     | 颜面部 |      |   |    |      | 咽喉                              |       |  |  |
| 口腔  | 唇腭  |      |   | 门齿 |      |                                 | 口吃    |  |  |
| 其他  |     |      |   |    |      |                                 |       |  |  |

|    |    |    |     |    |    |    |  |  |              |  |
|----|----|----|-----|----|----|----|--|--|--------------|--|
| 外科 | 身高 | CM | 体重  | KG | 皮肤 |    |  |  | 医师意见<br>(签字) |  |
|    | 淋巴 |    | 甲状腺 |    | 脊柱 |    |  |  |              |  |
|    | 四肢 |    |     |    |    | 平足 |  |  |              |  |
|    | 关节 |    |     |    |    |    |  |  |              |  |
|    | 其他 |    |     |    |    |    |  |  |              |  |

|                  |             |      |    |     |              |
|------------------|-------------|------|----|-----|--------------|
| 内科               | 血压          | 毫米汞柱 | 心率 | 次/分 | 医师意见<br>(签字) |
|                  | 发育及营养状况     |      |    |     |              |
|                  | 神经及精神       |      |    |     |              |
|                  | 肺及呼吸道       |      |    |     |              |
|                  | 心脏及血管       |      |    |     |              |
|                  | 腹部器官        | 肝    |    |     |              |
|                  |             | 脾    |    |     |              |
| 其他               |             |      |    |     |              |
| 化验检查<br>(要附化验单据) | 血           |      | 肝功 | 尿   |              |
| 胸部放射线检查          |             |      |    |     |              |
| 其他检查             |             |      |    |     |              |
| 体检结论             | 负责医师签字 (盖章) |      |    |     |              |
| 体检医院意见           | 体检医院 (盖章)   |      |    |     |              |
| 复审意见             | 复审单位 (盖章)   |      |    |     |              |
| 备注               |             |      |    |     |              |

注：(1) 参照全国高等学校研究生招生考试体检标准。

(2) “既往病史”一栏，考生必须如实填写。如发现有隐瞒严重疾病，不符合体检标准的，一经发现，随时取消录取入学资格。

(3) 体检前，考生须贴上照片，并加盖体检单位公章。